

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

No

775

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert SOUTILLE

Né le 22 Mars 1909, à LILLE (Nord)

Etudes statistiques médico-sociales
sur
2000 bénéficiaires de l'Assurance-Invalidité
au service des cures et repos
de la caisse interdépartementale
des assurances sociales
de Seine et Seine-et-Oise

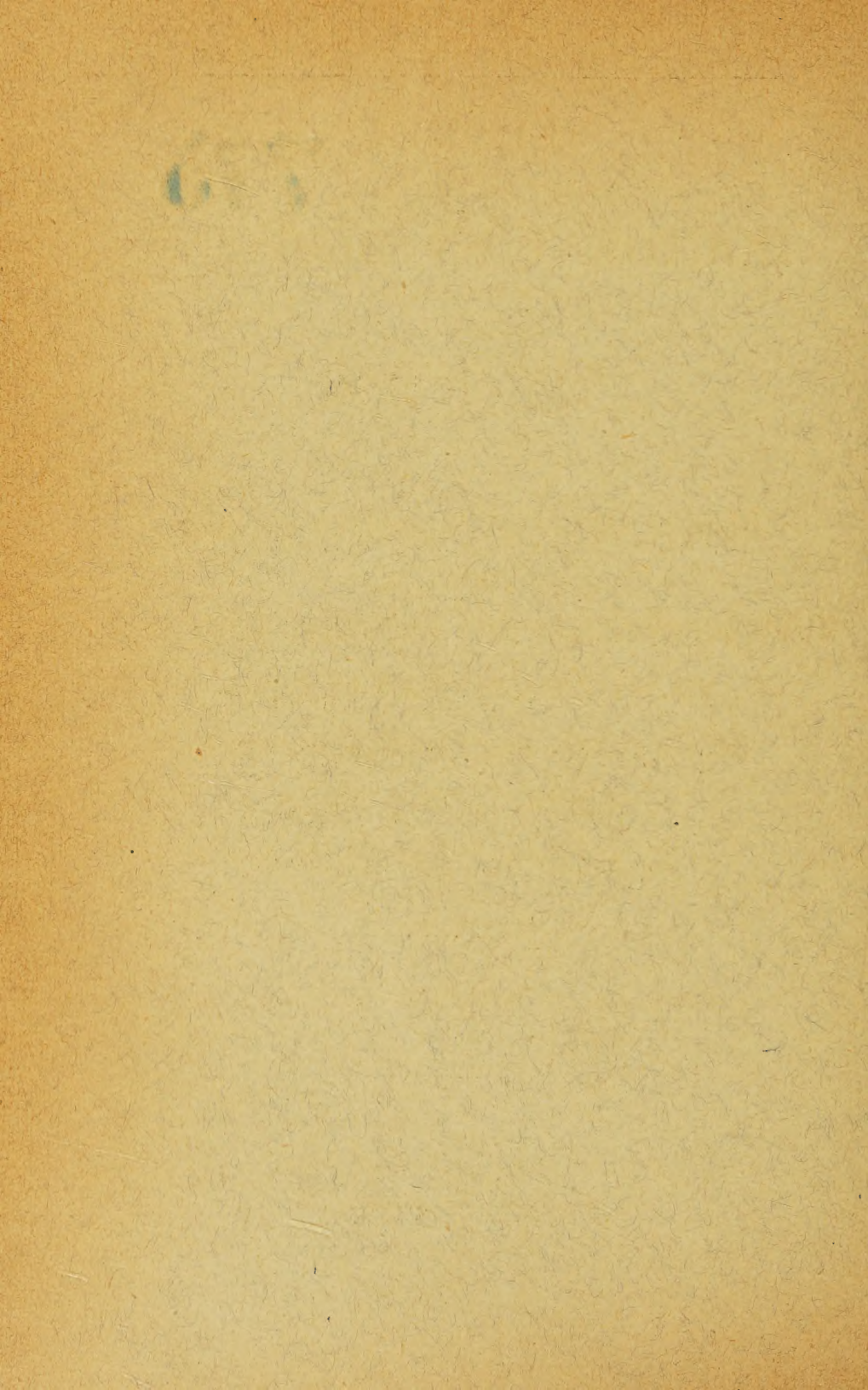
Président : M. BEZANCON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936



ANNEE 1936
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert SOUTILLE

Né le 22 Mars 1909, à LILLE (Nord)

Etudes statistiques médico-sociales
SUR
2000 bénéficiaires de l'Assurance-Invalidité
au service des cures et repos
de la caisse interdépartementale
des assurances sociales
de Seine et Seine-et-Oise

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Cardiologie clinique	
Professeurs sans chaire	

MM.

ROUVIÈRE.
Léon BINET.
STROHL.
DESGREZ.
Robert DEBRÉ
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
CHEVASSU.
ROUSSEY.
CHAMPY.
TIFFENEAU
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-
LAVASTINE
FIESSINGER.
Maur. VILLARET
LOEPER.
CARNOT.
CLERC.
Marcel LABBE.
LEREBOULLET
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT
TERRIEN.
MARION.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT
OMBREDANNE
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL
SERGEANT.
BEZANÇON.
MATHIEU.
LAUBRY.
HOVELACQUE
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
Henri BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
MOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK-	
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.

DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri..	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
LELONG	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{me} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIÉDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.)	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé.....	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

A MES CAMARADES DE TRAVAIL

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR LÉON BERNARD

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Membre de l'Académie de Médecine

*Professeur de la Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur de présider notre thèse.

Au début de ce travail, nous nous devons d'exprimer notre vive gratitude à M. Marcel MARTIN, Directeur de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, qui a bien voulu nous permettre de fréquenter ses Services et mettre à notre disposition tous les documents utiles.

Nous devons remercier aussi tout particulièrement le Docteur J. GODARD, Médecin-chef du Service des Cures et Repos à la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, qui a été pour beaucoup dans le choix de notre sujet et dont les avis éclairés nous ont permis de mener à bien cette étude statistique.

Qu'ils soient assurés l'un et l'autre de notre vive reconnaissance.

Etudes statistiques médico-sociales
sur 2000 bénéficiaires de l'assurance-invalidité
au service
des cures et repos de la caisse interdépartementale
des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise

INTRODUCTION

L'article 10, § I de la loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales, modifiée par les lois du 5 août 1929, 30 octobre 1930, 31 mars et 28 juillet 1931, et 31 mars 1932, stipule que :

« L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois, prévu à l'article 4, ou en cas d'accident non régi par la loi sur les accidents du travail, après consolidation de la blessure, reste encore atteint, suivant attestation médicale, d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail, a droit, d'abord à titre provisoire, puis, s'il y a lieu, à titre définitif, à une pension d'invalidité. »

L'article 11 précise que :

« Pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins avant la maladie et par suite posséder à son compte d'assuré les versements correspondant au

moins à quatre cent quatre-vingts cotisations journalières durant les deux ans précédant le début de l'affection ou l'accident. »

D'autre part, dans le § 9 de l'article 18, il est spécifié que la pension d'invalidité ne peut être servie que jusqu'à l'âge de 60 ans, l'assuré bénéficiant automatiquement à ce moment de l'assurance-vieillesse.

Enfin, l'article 29, § 1 de la loi du 5 avril 1928 complété par l'article 49, § 1 et 2 du décret du 25 juillet 1930, indique que si la pension doit être versée par la Caisse invalidité, les soins aux invalides sont dispensés pendant une période de cinq ans par la Caisse-maladie. (1).

Parmi les maladies pouvant ouvrir droit à l'attribution d'une pension d'invalidité, il est de toute évidence que la Tuberculose, qui nécessite des soins prolongés et entraîne une longue incapacité de travail, devait être au tout premier plan.

Les dispositions de la loi, en ce qui concerne l'assurance-invalidité, étant en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1932, il nous a paru intéressant de faire une étude statistique des tuberculeux bénéficiant de ces dispositions.

La Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, puissant organisme groupant plus d'un million d'assujettis pouvait offrir une vaste documentation, et en particulier son Service

(1) Ces dispositions ont été en partie modifiées par le décret-loi du 28 octobre 1935. Ces modifications, d'ordre administratif, n'altèrent en rien les constatations faites dans ce travail.

des Cures et Repos, dont toute l'activité est orientée vers la lutte contre la Tuberculose.

Ce Service est en effet chargé d'effectuer le contrôle médical des assurés tuberculeux et de régler leurs prestations. Mais son rôle est aussi de s'occuper, en liaison avec les Médecins-traitants et les Services sociaux, du placement en Etablissements spécialisés : Maisons de repos ou de convalescence, Préventoria, Sanatoria, — de tout assuré, qu'il soit tuberculeux ou non, pour lequel un placement a été jugé nécessaire.

Enfin, entre dans ses attributions, le contrôle médical périodique des tuberculeux admis au bénéfice de l'assurance-invalidité, en exécution du § 3 de l'article 12 :

« Pendant cette même période, et sous peine de voir sa pension suspendue, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales qui, à toute époque, peuvent être demandées par la Caisse d'Assurances. On considérera qu'il y a refus d'examen, si l'invalidé ne répond pas à la convocation par lettre recommandée du Médecin de la Caisse ou s'oppose à la visite de celui-ci s'il s'agit d'un invalide ne pouvant quitter la chambre. »

Il y a donc, rassemblée au Service des Cures et Repos de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, une documentation médico-sociale abondante.

Bien que l'on puisse estimer que nous ne possédons pas un recul suffisant dans le temps — les malades ne bénéficiant de l'assurance-invalidité que si le début de la prise en charge par les assurances sociales est

postérieur au 1^{er} juillet 1932 — et que par suite nous ne pouvons apporter que des résultats provisoires, il ne nous a pas semblé inutile d'essayer de faire une mise au point des résultats obtenus.

Sans aucun esprit préconçu nous avons dépouillé les fiches des 2.000 premiers malades pris en charge par le Service des Cures et Repos, au titre « soins aux invalides. »

Le premier acte médical — date du jour de la première constatation de la maladie pour laquelle l'assuré est pris en charge — est compris entre le 1^{er} juillet 1932 et le 31 décembre 1934. Mais avant de poursuivre, deux remarques s'imposent :

a) Ce chiffre de 2.000 ne représente pas tous les tuberculeux qui auraient pu être pris en charge du point de vue strictement médical. En effet, près de 30 % des demandes de pension ont été rejetées pour raisons administratives, dont la plus fréquente est l'insuffisance des cotisations.

b) D'autre part ces 2.000 dossiers ne comportent pas uniquement des tuberculeux pulmonaires, le Service des Cures ayant à sa charge, comme nous l'avons dit, tous les malades dont l'état nécessite un placement en Etablissement de Cure et de Repos.

Mais ainsi que nous le verrons plus loin, les tuberculeux pulmonaires constituent la très grande majorité des invalides pris en charge au Service des Cures, et c'est essentiellement à eux que nous nous sommes attachés.



Nous avons fait porter nos recherches principalement sur les points suivants :

1° Importance de la Tuberculose dans l'Assurance-invalidité,

2° Quelques considérations sur les facteurs sociaux de la Tuberculose,

3° Diagnostics,

4° Evolution,

5° Les traitements,

6° Les placements en sanatorium,

— Enfin, dans un dernier chapitre, nous avons essayé de tirer de tous les documents réunis quelques enseignements pratiques en vue de rendre plus efficace la lutte anti-tuberculeuse.

IMPORTANCE DE LA TUBERCULOSE DANS L'ASSURANCE INVALIDITE

Avant de procéder à une étude détaillée des 2.000 invalides pris en charge au Service des Cures et Repos, et plus particulièrement de ceux atteints de Tuberculose pulmonaire, il nous a paru intéressant de mettre en évidence l'importance de la Tuberculose dans l'assurance-invalidité.

Voici un premier fait : dans le temps où le Service des Cures et Repos prenait en charge 2.000 invalides, presque tous tuberculeux, les autres Services de la Caisse interdépartementale en prenaient 957.

Voici d'ailleurs les chiffres précis :

	Hommes	Femmes
Service des Cures	1.212, soit 70,01 %	788, soit 64,28 %
Autres Services	519, soit 29,99 %	438, soit 35,72 %
Total	1.731	1226

Certes on pourra nous dire, et nous le verrons ultérieurement d'une façon plus précise, que tous les malades pris en charge au Service des Cures et Repos

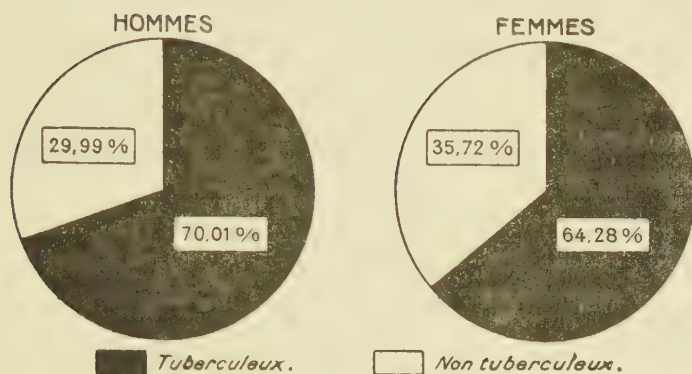
ne sont pas des tuberculeux. 86, soit 4,3 % d'entre eux en effet ne sont pas atteints d'affection bacillaire. Mais ceci est compensé, nous semble-t-il, par le fait que dans les autres Services, ont été quelquefois pris en charge, des malades atteints d'affection bacillaire : quelques cas d'affection utéro-annexielle, de rhumatisme, d'affections ostéo-articulaires plus ou moins bien définies, etc..., sont apparus après un diagnostic longtemps hésitant comme étant de nature bacillaire. Comme ils étaient inscrits à un autre Service et comme un placement n'avait pas été demandé, on n'a pas jugé utile de les rattacher au Service des Cures et Repos.

L'un des facteurs compensant sensiblement l'autre, on peut donc dire pratiquement que les malades inscrits au Service des Cures et Repos sont des tuberculeux, ceux inscrits dans les autres Services sont des non tuberculeux.

Voici donc une première notion acquise : *dans la Caisse la plus importante de la région parisienne, la Tuberculose à elle seule est responsable des deux tiers des cas d'invalidité (Graphique I).*

On pourrait nous objecter que nos chiffres de tuberculeux sont très élevés, et que les statistiques publiées par un grand nombre de Caisses départementales d'Assurances sociales ne montrent pas une telle disproportion entre le nombre d'invalidités dues à la Tuberculose et le nombre d'invalidités dues à d'autres

GRAPHIQUE I



Importance de la tuberculose dans l'assurance invalidité.

causes. Mais il faut tenir compte, ainsi que l'a bien montré Moine dans les statistiques établies pour le Comité national de défense contre la Tuberculose, que la Seine et la Seine-et-Oise ont le triste privilège d'être en France parmi les départements ou l'on compte le plus de cas de Tuberculose proportionnellement à la population.

Nous avons voulu creuser un peu plus encore le problème et nous avons procédé à une répartition par âge et par sexe de ces invalides.

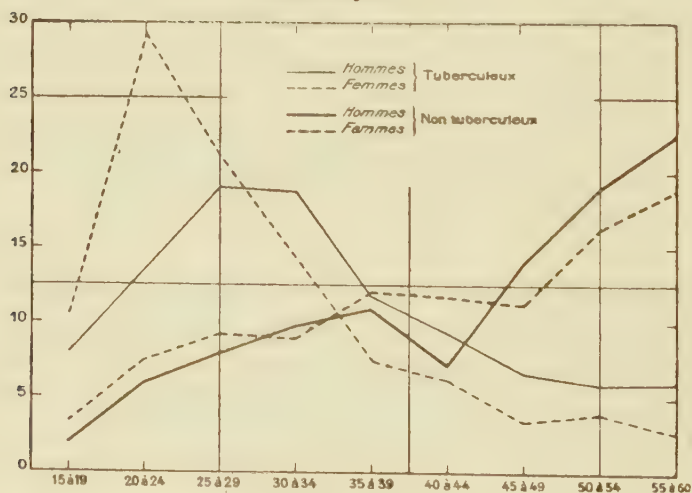
Nous avons pu dresser les tableaux suivants :

TABLEAU I

Répartition par âge et par sexe des 2.000 invalides pris en charge par le Service des Cures et Repos.

	HOMMES		FEMMES	
	Chiffres bruts	%	Chiffres bruts	%
De 15 à 19 ans.....	98	8,08	84	10,65
De 20 à 24 »	165	13,61	230	29,18
De 25 à 29 »	232	19,14	166	21,06
De 30 à 34 »	229	18,89	115	14,59
De 35 à 39 »	145	11,96	60	7,61
De 40 à 44 »	116	9,57	50	6,34
De 45 à 49 »	83	6,84	28	3,55
De 50 à 54 »	73	6,09	33	4,18
De 55 à 60 »	71	6,02	22	2,84

GRAPHIQUE II



Répartition par âge et sexe des invalides tuberculeux et non tuberculeux.

TABLEAU II

Répartition par âge et par sexe des 957 invalides pris en charge par les Services de la Caisse inter-départementale autres que le Service des Cures et Repos.

	HOMMES		FEMMES	
	Chiffres bruts	%	Chiffres bruts	%
De 15 à 19 ans.....	11	2,11	15	3,42
De 20 à 24 »	31	5,97	33	7,53
De 25 à 29 »	42	8,09	41	9,36
De 30 à 34 »	51	9,82	40	9,13
De 35 à 39 »	57	10,98	53	12,10
De 40 à 44 »	38	7,32	52	11,87
De 45 à 49 »	73	14,06	50	11,41
De 50 à 54 »	99	19,07	71	16,21
De 55 à 60 »	117	22,58	83	18,97

Ces tableaux se résument dans le Graphique 2.

Nous voyons que les trois quarts de nos ivalides tuberculeux peuvent être considérés comme des sujets jeunes ; hommes comme femmes, ils sont pour la plupart âgés de moins de 40 ans.

D'autre part la courbe féminine affecte une forte différente avec la courbe masculine.

Dans le sexe masculin la morbidité se répartit sur

un plus grand nombre d'années, alors que chez la femme, il y a une grosse prédominance de morbidité de 20 à 24 ans. Ceci est d'ailleurs conforme aux différentes recherches statistiques effectuées dans plusieurs pays, aux Etats-Unis en particulier, et semble dû à l'influence des grossesses.

Fort intéressante est la comparaison de notre courbe des tuberculeux avec la courbe des non tuberculeux.

Alors que cette dernière est progressivement croissante avec l'âge ainsi qu'on était en droit de s'y attendre, la première affecte une tendance exactement contraire.

D'où la deuxième conclusion à tirer de cette étude : socialement parlant la Tuberculose est le fléau le plus grave, non seulement en *quantité*, mais encore en *qualité* car elle frappe surtout aux âges productifs de la vie. Si bien qu'en définitive, et du seul fait de la Tuberculose, l'Assurance-invalidité est surtout accordée à des malades jeunes.

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LES FACTEURS SOCIAUX DE LA TUBERCULOSE

En étudiant nos 2.000 cas nous nous sommes efforcés de rechercher quels facteurs sociaux pouvaient avoir une influence sur le développement de la Tuberculose. Nous avons tour à tour étudié la situation de famille, le domicile, les conditions de logement, l'origine, la profession, et enfin les antécédents familiaux.

A. — SITUATION DE FAMILLE

De ce point de vue nous obtenons les résultats suivants :

TABLEAU III

HOMMES				FEMMES			
<i>Célibataires</i>	Sans enfants.	283	290	<i>Célibataires</i>	Sans enfants.	298	357
	Avec enfants	7			Avec enfants	59	
<i>Mariés ...</i>	Sans enfants.	338	858	<i>Mariées ...</i>	Sans enfants.	255	
	Avec enfants	520			Avec enfants	108	
<i>Divorcés ..</i>	Sans enfants.	20	34	<i>Divorcées .</i>	Sans enfants.	13	25
	Avec enfants	14			Avec enfants	12	
<i>Veufs</i>	Sans enfants.	22	30	<i>Veuves ...</i>	Sans enfants.	30	43
	Avec enfants	8			Avec enfants	13	

GRAPHIQUE III



Pourcentage d'invalides tuberculeux par rapport à la population générale répartie par arrondissement.

Ce tableau reflète à peu de choses près l'état démographique général de la région parisienne.

Les tuberculeux ne constituent pas une catégorie à part.

Peu d'enfants ; nombre assez important de divorces ; beaucoup de célibataires, surtout chez les femmes, ce qui ne veut pas dire qu'elles ne vivent pas en ménage...

Enfin, nombre relativement important de veufs ou veuves, surtout si l'on songe, ainsi que nous l'avons vu plus haut, qu'il s'agit de malades jeunes.

Il ne nous a pas été possible de préciser avec une approximation suffisante l'importance de la Tuberculose dans le décès du conjoint. Nous n'apporterons donc dans cette étude aucun élément de valeur à la question tant controversée de la Tuberculose conjugale.

B. — DOMICILE

— 1.008 invalides habitent Paris.

— 628 les localités de banlieue sises dans le département de la Seine.

— 364 enfin habitent la Seine-et-Oise.

En considérant le rapport existant entre le pourcentage de population, d'après les chiffres du recensement du 8 mars 1931, et le pourcentage de nos invalides, nous avons pu dresser le tableau suivant

TABEAU IV

<i>Seine et Seine-et-Oise : Population totale 6.144.699 habitants.</i>	
	Invalides
Paris 2.891.020 soit 47% de la population totale.	1.008 soit 50,4%
Banlieue 1.902.378 soit 31% de la population totale.	628 soit 31,4%
Seine-et-Oise. 1.351.301 soit 22% de la population totale.	364 soit 18,2%

Proportionnellement à la population, il y a donc plus d'invalides pour Paris que pour la Seine-et-Oise.

Sur 1.008 invalides habitant Paris, 912 sont des tuberculeux pulmonaires.

En nous reportant aux chiffres fournis par le recensement du 8 mars 1931, nous avons pu aussi dresser le tableau suivant (*tableau 5*) qui montre cette fois le pourcentage d'habitants par arrondissement, par rapport à la population totale de Paris, et d'autre part le pourcentage de nos 912 tuberculeux pulmonaires habitant Paris, répartis par arrondissement.

Ce tableau est rendu plus explicite par le graphique 3.

Il est évident que nos chiffres sont trop petits et qu'il faut dans les statistiques se prévaloir de la loi du plus grand nombre. Cependant les résultats obtenus sur ces chiffres restreints nous donnent, néanmoins, des indications de quelque valeur.

TABLEAU V

		Nombre d'habi- tants	‰	Nombre d'invali- des tuber- culeux	‰ /‰
1 ^{er}	Arrondissement	42.166	14,58	11	12,06
2 ^e	—	44.311	15,32	16	17,54
3 ^e	—	70.971	24,54	21	23,02
4 ^e	—	83.063	28,73	24	26,31
5 ^e	—	117.770	40,73	28	30,70
6 ^e	—	100.046	34,60	13	14,25
7 ^e	—	107.567	37,20	25	27,41
8 ^e	—	84.851	29,34	17	18,64
9 ^e	—	102.792	35,65	29	31,79
10 ^e	—	131.150	45,36	45	49,34
11 ^e	—	219.471	75,91	82	89,91
12 ^e	—	157.277	54,40	58	63,59
13 ^e	—	164.671	56,95	69	75,65
14 ^e	—	178.230	61,64	47	51,53
15 ^e	—	238.797	82,59	93	101,97
16 ^e	—	176.868	61,17	24	26,31
17 ^e	—	220.716	76,34	52	57,01
18 ^e	—	288.810	99,89	107	117,32
19 ^e	—	165.757	57,33	72	78,94
20 ^e	—	195.731	67,70	79	86,62

Sur le graphique nous trouvons presque un parallélisme entre les échelles de tuberculose et de population, exception faite seulement pour le 16^e arrondissement.

Mais d'une façon générale, l'échelle de la tuberculose est au-dessus de l'échelle de la population dans

tous les quartiers ouvriers, ce qui veut dire que le chiffre relatif de tuberculose est au-dessus de la moyenne dans ces quartiers. Cette constatation confirme les travaux de HERSCH et de GODARD sur la relation qui existe entre la Tuberculose et l'état social du milieu considéré. Plus ce milieu est bas, plus la Tuberculose exerce de ravages.

C. — LOGEMENT

En ce qui concerne les conditions de logement, il ne nous est pas possible, comme pour les professions, de fournir des chiffres précis. Nous avons toutefois remarqué la proportion élevée — près de 40 % — de malades habitant en hôtel ou en meublé.

Il s'agit en général de célibataires, manœuvres pour la plupart, qui ont ainsi la possibilité de se déplacer plus commodément selon les nécessités de leur travail.

Mais nombreux sont aussi les couples, avec un ou plusieurs enfants, qui logent dans une seule pièce, « en garni », sans aucune commodité pour les besoins les plus élémentaires de l'hygiène.

Il va sans dire que la promiscuité des hôtel et meublés parisiens constitue une cause favorisante très importante de la dissémination du bacille tuberculeux. Elle est la règle presque constante pour les ouvriers étrangers (arabes, polonais) qui, très peu éduqués, refusent presque systématiquement le placement en établissement de cure. Des règlements de police ren-

dant obligatoire dans les hôtels l'hospitalisation des malades ne seraient pas inutiles.

D. — ORIGINE

On compte au nombre de nos 2.000 invalides, 1.731 tuberculeux pulmonaires.

Nous avons recherché l'origine de ces malades, et pour les provinciaux, étrangers ou coloniaux, la durée du séjour dans la région parisienne avant le premier acte médical.

Ce qui nous a donné les résultats suivants :

Originaires du département de la Seine	648
Parisiens de naissance	459
dont :	
nés en banlieue	189
Originaires de Seine-et Oise	147
— des autres départements	714
Nord-Africains et Coloniaux	43
Etrangers	179

Pour les Français nous trouvons que l'immense majorité habite la région parisienne depuis plus de 3 ans avant le premier acte médical.

Pour les originaires du département de la Seine, 630 n'ont pas quitté ce département depuis leur naissance.

De même pour la Seine-et-Oise ou 144 invalides habitent depuis toujours.

Parmi les originaires des départements, 60 seulement sont dans la région parisienne depuis moins de 3 ans avant le premier acte médical ; 70 y sont venus peu de temps après leur naissance ; ils y sont pour ainsi dire depuis toujours :

300, soit 42 % y sont depuis au moins 10 ans ;

272, soit 38 % y sont depuis plus de 10 ans ;

la durée moyenne du séjour étant pour la plupart de près de 20 ans.

Pour les Nord-Africains — qui représentent 90 % des coloniaux — et les originaires des autres colonies françaises, 30, soit 70 %, sont tombés malades moins de 3 ans après leur arrivée en France.

Enfin pour les étrangers — qui représentent 10 % de nos invalides — nous avons relevé les chiffres suivants :

<i>Dans la Région Parisienne</i>		
	<i>depuis plus de 3 ans</i>	<i>depuis moins de 3 ans</i>
Espagnols. ..	17	8
Italiens	58	47
Russes	11	11
Polonais	27	19
Portugais	14	14
Belges	26	22
Arméniens ..	11	11
Divers	15	15
	—	—
Au total	147	32

Il apparaît donc en définitive que la plupart des tuberculeux pris en charge par le Service des Cures et Repos résidaient, quelle que soit leur origine, depuis longtemps dans la région parisienne au moment où ils sont tombés malades.

Cette constatation ne règle pas d'ailleurs la question de l'importance des primo-infections des transplantés récents, car ceux-ci échappent à l'Assurance-Invalidité.

Rappelons en effet que pour bénéficier de celle-ci il faut avoir cotisé pendant deux ans. Si donc cette primo-infection se produit pendant ce délai, les malades échappent à notre statistique. Mais ces cas mis à part, la Tuberculose de l'adulte apparaît comme une maladie endémique qui n'épargne pas ceux qui sont depuis longtemps plongés dans les promiscuités de la grande ville.

E. — PROFESSIONS

Un certain nombre de fiches n'ayant pas été remplies à ce point de vue, nous n'avons pu étudier comme nous l'aurions voulu l'importance du rôle joué par la profession dans le développement de la maladie.

Pour ne pas disperser les chiffres obtenus, nous avons pris pour la classification des professions l'abréviation chiffrée de la « Nomenclature des Industries

et Professions » éditée par la « Statistique générale de la France ».

A la pointe on trouve « 4,76 » qui concerne toutes les formes de construction mécanique et la mécanique de précision, hommes et femmes.

Il est suivi par « 5 ». — Journaliers.

Ce groupe renferme tous ceux qui sont incapables d'exercer leur profession acquise, soit par la maladie, soit par le chômage dans les professions techniques.

Puis « 4,93 ». — Maçonnerie — profession particulièrement pénible.

Ensuite, les employés, souvent obligés de se priver d'une alimentation suffisante pour satisfaire à leur situation sociale.

Pour les femmes on note en tête « 7,4 » — sténodactylographes — suivies de près par les employées de bureau.

Ensuite « 4,7 » — confections en gros et détail.

Enfin « 6,0 » — vendeuses.

Il est intéressant de noter en outre la fréquence : pour les hommes, des chauffeurs d'auto et des chauffeurs-livreurs ; pour les femmes, des femmes de chambre et bonnes d'enfants, ainsi que des cuisinières.

Nous avons relevé 38 cas de chômage plus ou moins prolongé avant l'éclosion de la maladie.

D'une façon générale aucune profession n'apparaît comme une cause essentiellement prédisposante à la tuberculose, les professions où il y a le plus de tuberculose, étant celles qui sont le plus fréquemment exercées à Paris.

F. — ANTECEDENTS FAMILIAUX

A ce point de vue nous avons noté, en dépouillant nos fiches, que 145 malades avaient un ou plusieurs de leurs ascendants, de leurs parents directs, ou de leurs enfants, décédés ou en cours de traitement pour Tuberculose.

Mais en l'absence de toute enquête approfondie, il ne nous a pas été possible de mettre en évidence d'une façon plus précise la notion que la Tuberculose est essentiellement une maladie familiale.

Très souvent nous avons, faute de certitude, rejeté des cas de décès familiaux très probablement imputables à la Tuberculose. Notre chiffre de 145 est donc certainement de beaucoup inférieur à la réalité.



En résumé, les quelques recherches plus ou moins précises que nous avons pu faire en dépouillant nos fiches sur les causes sociales favorisantes de la Tuberculose, mettent en évidence la notion qu'aucune de ces causes ne constitue un facteur prédominant.

Il semble qu'un faisceau de causes prédisposantes est à la base de la forte morbidité par Tuberculose dans l'agglomération parisienne. Ces causes peuvent être ainsi résumées : mauvaise alimentation, logement malsain, conditions de travail défectueuses, utilisation irrationnelle des loisirs. C'est en somme tout le problème social qui se pose.

DIAGNOSTICS

Voici quels ont été les diagnostics portés lors des expertises faites pour les 2.000 invalides :

1° TUBERCULOSES PULMONAIRES EN ACTIVITE AVEC OU SANS ATTEINTE PLEURALE

1731, soit 86,55 %

Parmi ces 1.731 :

— Expectoration positive	1.524, soit 88,04 %
— — négative	178 soit 10,28 %
— Pas de résultat indiqué aux dossiers	29, soit 1,68 %

Il faut d'ailleurs indiquer pour ce dernier chiffre qu'il s'agit dans tous les cas de lésions tuberculeuses tellement évidentes à l'examen clinique et radiologique, qu'un examen de crachats a paru inutile.

Il convient de noter aussi que ces chiffres portent sur des résultats globaux, c'est-à-dire que les malades ont présenté au moins une fois, ou n'ont jamais présenté des bacilles de Koch dans l'expectoration.

Il est intéressant de signaler que 107 de ces malades, soit 6%, présentent dans leur antécédents, soit récents, soit plus ou moins éloignés, une pleurésie séro-fibrineuse vérifiée cliniquement et radiologiquement.

Beaucoup d'autres nous ont rapporté avoir eu « de la pleurésie » ou « de la pleurite » au cours des années précédentes. Nous n'en avons pas tenu compte, n'ayant pu avoir la preuve des assertions des malades.

2° PLEURESIES AUTONOMES

67, soit 3,35 %

Indiquons en passant que le contrôle médical du Services des Cures et Repos établit toujours en faveur de ces malades des expertises favorables à l'attribution d'une pension temporaire de six mois. Il agit ainsi en conformité avec les vue les plus généralement répandues sur l'avenir des pleurétiques et la nécessité d'une longue interruption de travail.

On peut, néanmoins, dire qu'en agissant ainsi il interprète très libéralement le texte de la loi, car du point de vue strictement fonctionnel, il est le plus souvent difficile de dire qu'un malade dont la pleurésie remonte à six mois, présente une incapacité de travail supérieure aux deux tiers.

3° TUBERCULOSES DITES EXTERNES

116, soit 5,8 %

qui comprennent :

Péritonites et tuberculoses intestinales.....	26
Tuberculoses génito-urinaires	9
Maux de Pott	15

Ostéo-arthrites tuberculeuses diverses	47
Tuberculoses ganglionnaires	19

Il convient de signaler l'extrême rareté du lupus. Si nous avons eu l'occasion de voir quelques lupiques au Service des Cures, notre première série de 2.000 malades n'en comprend pas un seul.

**4° PNEUMOPATHIES AIGUES OU SUBAIGUES AYANT
PU A UN MOMENT DONNE FAIRE PENSER A UNE
PNEUMOPATHIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE.**

20, soit 1,00 %

Il s'agissait :

- dans 8 cas d'abcès du poumon,
- 2 — de cancer du poumon,
- 2 — de kyste hydatique,
- 7 — de pleurésie purulente due à un germe
autre que le B. K.
- 1 — de gangrène.

**5° AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES, DONT
LA NATURE TUBERCULEUSE N'A PAS ETE
DEMONTREE.**

42, soit 2,10 %

et ainsi réparties :

— Dilatation des bronches	10
— Bronchite chronique	4
— Scléro-emphysème	23
— Asthme	4
— Pneumokoniose	1

6°. — Enfin dans :

24 cas, soit 1,2 %

il s'agissait d'affections ni pulmonaires, ni tuberculeuses, ayant entraîné l'invalidité, telles que :

- Rhumatisme articulaire aigu,
- Cardiopathie,
- Ostéomyélite,
- Affections mentales

ces malades ayant été pris en charge au Service des Cures, en raison d'un placement an Etablissement de cure ou de repos.

Quoi qu'il en soit il apparaît dans cette statistique que sur 2.000 invalides pris en charge par le Service des Cures et Repos :

*95,70 % sont des tuberculeux manifestes,
et 86,55 % sont des tuberculeux pulmonaires.*

Il nous a paru intéressant de voir qui avait précisé le diagnostic :

— Dans 483 cas, soit 27,90 %, le diagnostic a été fait par le médecin traitant.

— Dans 601 cas, soit 34,71 %, il a été fait dans les dispensaires d'Hygiène sociale.

— Dans 454 cas, soit 26,22 %, il a été fait dans les Hôpitaux.

— Dans 158 cas, soit 9,12 %, il a été fait à la Caisse.

— Enfin, dans 53 cas, soit 2,05 %, le diagnostic a été précisé par des organismes divers : Dispensaires privés, Conseils de révision, Institut du Radium, etc.

Il va d'ailleurs sans dire que bien souvent lorsqu'un diagnostic a été précisé, soit dans une consultation d'Hôpital, soit au Dispensaire, soit au Contrôle médical de la Caisse, le malade avait été antérieurement vu par le Médecin traitant, et que c'est la plupart du temps, celui-ci qui a pris l'initiative des examens complémentaires nécessaires pour préciser le diagnostic.

La part du Médecin traitant est donc beaucoup plus importante qu'elle le semblerait à la simple lecture des chiffres précédents.

Nous avons aussi cherché à déterminer combien de temps après le premier acte médical le diagnostic précis a pu être mis en évidence. D'une façon générale on peut dire que les diagnostics sont relativement précoces ; ils sont presque tous faits avant la fin du troisième mois qui suit le premier acte médical.

La plupart sont faits dans le courant du deuxième mois de la maladie.

En ce qui concerne nos tuberculeux pulmonaires, nous n'avons trouvé dans nos fiches que 37 cas de diagnostics tardifs faits au-delà du troisième mois, l'un ayant été fait seulement le neuvième mois après le premier acte médical. Le malade avait d'ailleurs interrompu sa cure et repris son travail avant que tous les examens aient été complétés.

Sur ces 37 diagnostics tardifs :

— 20 furent établis par le contrôle médical de la Caisse interdépartementale,

— 12 par les Dispensaires,

— 5 par l'Hôpital.

Sur ces 37 malades, 12 sont actuellement décédés.

On peut donc conclure qu'en ce qui concerne la Tuberculose, les diagnostics sont faits d'une façon assez précoce.

Si l'on admet que tout programme complet de lutte contre la tuberculose doit porter sur les trois points essentiels suivants :

— diagnostic précoce,

— isolement et placement rapides,

— surveillance médico-sociale effective du foyer contaminé,

on peut dire que le premier point de ce programme est sensiblement réalisé dans la région parisienne. Nous verrons qu'en ce qui concerne le placement nous n'avons pas lieu de nous considérer comme aussi satisfaits.

EVOLUTION

Il est particulièrement délicat de vouloir faire une classification des différentes formes de la Tuberculose pulmonaire. Les classifications tentées jusqu'à ce jour sont nombreuses et contradictoires. Aucune n'est pleinement satisfaisante, aucune n'a pu réunir tous les suffrages. Et même les auteurs qui adhèrent à une classification ne s'accordent pas sur le sens des termes qui l'expriment. Il nous a paru cependant utile d'adopter une classification schématique qui puisse mettre en évidence les probabilités d'évolution.

N'oublions pas, en effet, qu'il s'agit d'un travail statistique arrêté à une époque donnée, et portant sur des malades qui, pour la plupart, sont encore en cours de traitement, dont le début de la maladie, s'échelonne dans le temps et qui, par conséquent, présentent au moment considéré tous les types d'évolution.

Nous avons suivi la classification utilisée par le Docteur J. Arnaud dans son étude sur l'évolution de tous les cas de Tuberculose pulmonaire dépistés chez les agents de l'Assistance publique de 1925 à 1930. Cette classification est d'ailleurs en partie inspirée du schéma adopté par l'American National Tuberculosis Association, et distingue trois catégories de formes :

A) Formes discrètes, unilatérales ou bilatérales, avec étendue lésionnelle minime, radiologiquement.

B) Formes modérément avancées, soit unilatérales, soit bilatérales, les lésions du côté le moins atteint pouvant être considérées comme discrètes.

C) Formes graves enfin, comprenant les tuberculoses bilatérales étendues, avec ou sans excavation, dans lesquelles les lésions dépassent, dans le poumon le moins atteint, le stade de Tuberculose discrète.

Dans ce cadre assez élastique, et sans nous dissimuler ce que cette classification peut avoir d'arbitraire, le groupement de nos malades a donné les résultats suivants :

TABLEAU VI

Tuberculoses discrètes	182, soit 16,30 %
— modérément avancées	474, soit 27,40 %
— étendues.....	975, soit 56,30 %

L'évolution générale a été la suivante :

A. — POUR LES FORMES DISCRETES

32 malades, soit 11,34 % sont décédés, 22 ayant présenté une évolution rapide avec bilatéralisation précoce et décès au bout d'un an à 18 mois ; 10 ayant présenté une aggravation lente, mais inexorable, la mort étant survenue dans un délai de 3 ans maximum.

163, soit 57,80 % sont en cours de traitement.
83, soit 30,86 % ont pu reprendre leur travail.

B. — POUR LES FORMES MODEREMENT AVANCEES

75, soit 15,84 % sont décédés.
340, soit 71,72 % sont en cours de traitement.
59, soit 12,41 % ont pu reprendre leur travail.

C. — POUR LES FORMES GRAVES

293, soit 30,05 % sont décédés.
546, soit 56,01 % sont en cours de traitement.
136, soit 13,94 % ont pu reprendre leur travail.
Le graphique 4 rend compte de cette évolution.

GRAPHIQUE IV

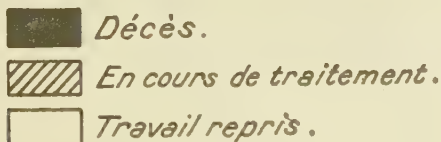
Formes discrètes .



Formes modérément avancées .



Formes graves .



Par conséquent, et rien qu'en tenant compte des décès, il apparaît comme évident que plus la poussée évolutive est récente et enrayée dès le début, plus les chances d'amélioration ou de longue survie sont grandes.

Bien que cette affirmation apparaisse plus ou moins comme une « lapalissade » ; il n'était peut être pas mauvais de la souligner en passant. Nous verrons au chapitre des traitements les déductions qu'on en peut tirer.

D'autre part, parmi les maladies qui jouent un grand rôle dans l'évolution et le pronostic de la Tuberculose pulmonaire, nous relevons :

— *5 cas de diabète* : 4 malades sont décédés, 1 est toujours en traitement.

— *8 cas de cardiopathie* : 4 décès — 4 en cours de traitement.

— *20 cas de syphilis* : 5 parmi nos décédés, 12 en cours de traitement, 3 chez des malades ayant pu reprendre leur travail.

— *65 cas d'éthylisme habituel* : 17 parmi nos décédés, 37 parmi les malades en cours de traitement, 11 parmi ceux ayant pu reprendre leur travail.

La laryngite apparaît comme une redoutable complication, nous l'avons relevée dans 21 cas, parmi lesquels nous avons eu 10 décès, 10 malades en cours de traitement, 1 ayant repris son travail.

La grossesse enfin, qui donne si souvent un coup de fouet à l'évolution des lésions, n'est survenue que dans 10 cas en cours de traitement. Trois avortements

ont été provoqués et chez ces 3 femmes le pronostic semble favorable ; 4 malades ont vu leurs lésions aggravées post-partum ; 2 sont décédées. Chez les 3 dernières la grossesse s'est normalement déroulée et la continuation du traitement permet d'espérer la stabilisation des lésions pulmonaires.

D'un autre point de vue la reprise prématurée du travail joue un rôle important dans l'évolution de la maladie.

En dépouillant nos fiches nous avons constaté que 34 malades avaient, après une reprise de travail trop hâtive, fait une rechute et avaient été à nouveau pris en charge.

Ces rechutes ont toujours été très sévères, puisque sur 34 cas, nous avons eu 12 décès, soit 35 %.

— 12 avaient repris leur travail au cours des 6 mois de maladie,

— 8 au cours de la période d'invalidité, dont 4 immédiatement après les 6 mois de prestations maladie, sans attendre ou après avoir refusé le bénéfice de l'invalidité.

Quelle que soit la forme plus ou moins grave de Tuberculose pulmonaire dont sont atteints nos malades, nous avons voulu rechercher quelle était leur évolution en liaison avec l'âge.

Et nous avons pu dresser le tableau suivant :

TABLEAU VII

Hommes	En cours de traitement	Travail repris	Décès	Total
15 à 29 ans	252 soit 40,90 %	89 soit 55,68 %	94 soit 35,60 %	
30 à 44 ans	266 soit 43,18 %	54 soit 34,37 %	111 soit 42,04 %	
45 à 60 ans	98 soit 15,92 %	14 soit 8,95 %	59 soit 22,36 %	
Totaux...	616	157	264	1.037

Femmes	En cours de traitement	Travail repris	Décès	Total
15 à 29 ans	258 soit 59,58 %	75 soit 60 %	89 soit 65,43 %	
30 à 44 ans	128 soit 29,56 %	37 soit 29,60 %	35 soit 25,72 %	
45 à 60 ans	47 soit 10,86 %	13 soit 10,40 %	12 soit 8,85 %	
Totaux...	433	125	136	694

Ce qui ressort le plus clairement de ce tableau, c'est la fréquence de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse chez les jeunes. Ceci est surtout évident pour le sexe féminin pour lequel 60 % des invalides en cours de traitement ont moins de 30 ans ; la proportion de décès au-dessous de 30 ans dépassant 65 % du chiffre total des décès.

Pour les hommes, il semble au contraire que la maladie présente un aspect de chronicité, procède par rechutes successives de plus en plus sévères, la proportion des malades et des décès étant de beaucoup la plus forte entre 30 et 45 ans.

En outre le tableau suivant (*tableau 8*), par sexe, donne la situation de nos tuberculeux pulmonaires au 1^{er} mars 1936, date à laquelle a été arrêtée notre statistique.

— Indiquons tout d'abord que parmi les malades actuellement en traitement :

— 565, soit 53,86 % se sont améliorés nettement et le pronostic est favorable, sous réserve de rechutes ou poussées évolutives impossibles à prévoir.

— 484, soit 46,14 % au contraire ont vu leur état s'aggraver nettement malgré tous les moyens thérapeutiques mis en œuvre et un traitement poursuivi, pour certains, depuis plus de 3 ans déjà. Et l'on peut, malheureusement, prévoir que la grosse majorité viendra grossir la liste déjà trop longue des décédés.

TABLEAU VIII

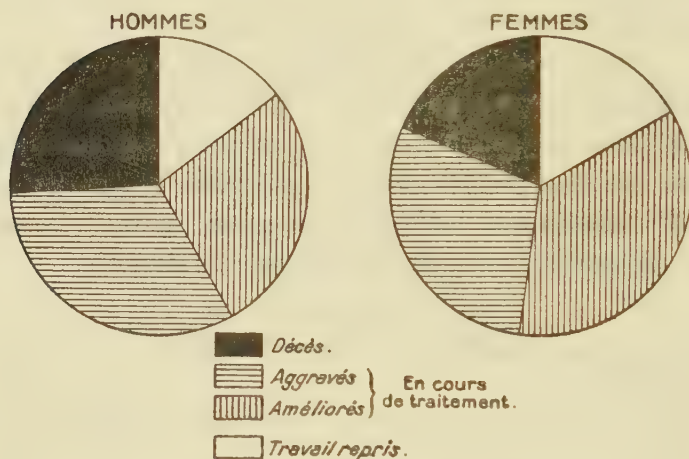
HOMMES.	
<i>Décédés</i>	264, soit 25,45 %
<i>En cours de traitement</i>	616, soit 59,40 %
Aggravés	287, soit 27,70 %
Améliorés ou stationnaires ...	329, soit 31,70 %
<i>Travail repris</i>	157, soit 15,15 %
Dont reprise jugée prématurée	40, soit 5,83 %
FEMMES.	
<i>Décédées</i>	136, soit 19,60 %
<i>En cours de traitement</i>	433, soit 62,40 %
Aggravées	197, soit 28,35 %
Améliorées ou stationnaires ..	236, soit 34,05 %
<i>Travail repris</i>	125, soit 18 %
Dont reprise jugée prématurée	9, soit 1,30 %

Ce tableau rendu plus explicite par le graphique 5, met en valeur le piètre résultat social obtenu après

un recul de 14 mois à 3 ans et 8 mois. Pratiquement ne sont récupérés, socialement parlant, que les malades de la catégorie travail repris, soit à peine plus de 16 %.

Et dans cette dernière catégorie certains ne sont d'ailleurs récupérés que provisoirement, car il faut

GRAPHIQUE V



Evolution générale des invalides tuberculeux.

tenir compte que sur le nombre de reprises de travail :

- 42 malades sont considérés comme stabilisés ;
- 191 comme très améliorés, avec un état général leur permettant un travail normal, sous surveillance médicale.
- 49 au contraire, ont recommencé à travailler malgré l'avis des médecins, constituant pour la plu-

part un grave danger social par suite d'une expectoration bacillifère persistante, et une rechute grave est à prévoir.

Enfin la recherche des antécédents du point de vue de la Tuberculose pulmonaire, nous a permis de constater que :

149 de nos invalides, soit 8,60 %

ont présenté des lésions pulmonaires avant leur prise en charge au titre des Assurances Sociales,

En dehors de 10 gazés de guerre présentant des lésions tuberculeuses chroniques — dont 1 est décédé — 4 ont repris leur travail et 5 sont encore en traitement, nous avons pu constater que 32 seulement de nos invalides ont été traités pour Tuberculose pulmonaire, plus de 5 ans avant le premier acte médical, contre 107 ayant présenté une ou plusieurs poussées évolutives, moins de 5 ans avant d'être pris en charge par les Assurances Sociales.

Pour les premiers, 8 sont décédés, 3 ont repris leur travail et 21 sont en cours de traitement. — 3 aggravés, 18 améliorés.

Pour les seconds, 36 sont décédés, 4 ont repris leur travail et 63 sont en cours de traitement. — 41 aggravés, 22 améliorés.

On relève dans cette dernière catégorie, avant la prise en charge, 12 cas de collapsothérapie, 2 décédés, 2 ayant repris leur travail, 8 en cours de traitement.

D'une façon générale on peut donc dire que les ma-

lades ayant présenté une ou plusieurs poussées évolutives de tuberculose pulmonaire antérieurement à leur prise en charge par les assurances sociales ont un pronostic plus sévère que pour les tuberculeux soignés dès le début de leur maladie. Les Caisses ont donc le plus grand intérêt à veiller à ce que les malades qu'elles prennent en charge soient traités énergiquement dès le début de leur affection et à apporter leur collaboration sans réserve à tous les organismes de lutte contre les fléaux sociaux.

LES TRAITEMENTS

Nombreux et divers sont les traitements appliqués à la tuberculose pulmonaire. En dehors de ceux admis comme spécifiques par la grande majorité des médecins, et qui groupent : la cure hygiéno-diététique sévère, dont le type est la cure sanatoriale ; le pneumothorax et son complément la section de brides ; la thoracoplastie ; la phrénicectomie enfin, il existe, outre la chrysothérapie toujours si discutée et qui de ce fait doit être mise à part, un grand nombre de traitements chimiques prescrits d'ailleurs, dans l'immense majorité des cas, sous formes de spécialités multiples plutôt que sous forme de formules magistrales.

Nous ne nous attacherons dans cette étude qu'aux thérapeutiques les plus généralement admises comme spécifiques et qui constituent à l'heure présente la base fondamentale de tout traitement de la Tuberculose pulmonaire.

1° CURE HYGIENO-DIETETIQUE

Le tableau schématique ci-dessous (*tableau 9*) donne la répartition des malades selon le genre de cure suivie :

TABLEAU IX

	Décédés	En cours de traitement		Travail repris	Total
		Aggravés	Améliorés		
Domicile	118	146	93	60	417
Cure libre ...	45	67	57	38	207
Sanatorium ..	192	253	400	178	1.023
Hôpital	94	36	37	18	185

Il va sans dire que le total de chaque colonne est supérieur au nombre des malades puisque beaucoup ont pu passer en Hôpital, puis Sanatorium, etc... On peut dire d'ailleurs que toutes les combinaisons sont possibles.

Mais les deux chiffres les plus intéressants au point de vue prophylactique sont ceux concernant la cure à domicile et la cure libre.

A ce propos nous devons souligner la proportion énorme d'absence de tout traitement chez les malades en cure libre ou à domicile. Sur un total de 624 invalides dans cette situation, nous relevons en effet une absence complète de traitement spécifique dans 388 cas, soit 62 % de ces malades, et 22 % du total de nos invalides.

Il y a donc encore un nombre considérable de malades qui, le diagnostic de Tuberculose pulmonaire ayant été porté et confirmé radiologiquement et bactériologiquement, s'ils consentent à interrompre leur travail, considèrent qu'un repos plus ou moins prolongé suffira

à amener leur guérison, et se bornent à appliquer à leur façon les principes de la cure hygiéno-diététique qui leur sont expliqués.

La grande majorité échappe à toute surveillance médicale, se contente souvent pour toute thérapeutique de quelques spécialités dites reconstituantes ou fortifiantes, quand ce n'est pas de remèdes qui leur sont conseillés par les pages de publicité des journaux.

Les plus favorisés se rendent à la campagne, chez des parents, des amis, ou simplement en pension de famille ou en hôtel, et, s'ils sont bacillifères, constituent alors de redoutables foyers de contamination. Les efforts tentés pour éviter cette dissémination de la contagion sont encore insuffisants.

La cure individuelle surveillée, c'est-à-dire la mise en surveillance des malades par les Dispensaires, a permis de pallier en partie aux dangers de cette cure libre. Mais peu de nos malades ont pu, jusqu'à présent, bénéficier des directives de la Circulaire interministérielle du 3 janvier 1934, instituant la cure individuelle surveillée.

2° THERAPEUTIQUE SPECIFIQUE

Nous avons relevé les principales thérapeutiques dites spécifiques de la Tuberculose pulmonaire, qui ont été appliquées à nos malades (*tableau 10*).

TABLEAU X

	Décédés	En cours de traitement		Travail repris	Total
		Aggravés	Amélior.		
Collapsothérapie.....	76	99	242	35	452
dont Pneumothorax bi-latéral	6	3	3	—	26,11 %
Section de bride	—	4	9	1	14
Phrénicectomie	7	25	19	2	53
					3,06 %
Thoracoplastie.....	—	4	2	—	6
Chrysothérapie	64	74	47	30	215
					12 %

A propos de ce tableau nous pouvons faire les remarques suivantes :

a) *Le total des pourcentages est inférieur à 100 %.* Cela tient à ce que nous n'envisageons ici que les thérapeutiques spécifiques, la cure hygiéno-diététique simple restant hors de compte.

b) *Le nombre de thoracoplasties est minime.* Les résultats de la chirurgie pulmonaire sont toujours très controversés et nombreux sont les malades qui refusent une intervention de cette sorte.

D'autre part, notre statistique est établie sur des malades traités avant l'essor de plus en plus important que prend la chirurgie pulmonaire.

c) Les indications de phrénicectomie, si elles tendent actuellement à s'étendre, sont cependant réservées à des cas bien déterminés. Les résultats plutôt

défavorables qui ressortent de notre tableau paraissent dûs en grande partie à ce qu'elle est pratiquée souvent tardivement, presque en désespoir de cause, pour tenter de remplacer le pneumothorax quand celui-ci ne peut-être réalisé.

d) Le pourcentage des traitements par sels d'or est très faible. Nous verrons plus loin quelles conclusions tirer de cette remarque.

3° PNEUMOTHORAX

Le délai moyen de création du Pneumothorax, après le diagnostic, nous a paru être extrêmement variable. Il oscille de 8 jours à 5 ou 6 mois en moyenne ; mais on relève d'assez nombreux cas où le Pneumothorax n'a été créé qu'après une période d'observation allant parfois jusqu'à deux ans.

D'une façon générale, les Pneumothorax les plus précoces sont ceux qui ont été créés à l'Hôpital, en moyenne 10 à 15 jours après l'admission ; cette admission étant presque toujours assez rapide, sauf dans certains services spécialisés et de haute renommée scientifique, tels que ceux de l'Hôpital Laënnec.

Assez rapides aussi sont les Pneumothorax ambulatoires créés en général par les médecins traitants, mais aussi parfois dans les consultations externes d'Hôpital ou dans certains dispensaires.

Plus tardifs apparaissent les Pneumothorax créés au Sanatorium. En moyenne 4 à 5 mois après le début de la maladie. Ce fait tient d'ailleurs pour beaucoup — et nous y reviendrons quand nous étudierons les

modes de placement — à la durée parfois très longue que nécessite l'admission au Sanatorium. Pendant ce temps le malade reste à domicile, sans se préoccuper d'un traitement énergique, tous ses efforts tendant à faire aboutir au plus vite les formalités administratives nécessaires à l'entrée en établissement de cure d'un malade indigent.

Le tableau suivant (*tableau 11*), indique la répartition des Pneumothorax selon le mode de création.

TABLEAU XI

Pneumothorax créés	Décédés	En cours de traitement		Travail repris	Total
		Aggravés	Amélior.		
À l'hôpital	34	35	96	17	182
Au dispensaire.....	9	21	52	7	89
Par le médecin traitant.	13	5	16	1	35
Au sanatorium.....	20	38	78	10	136
					32 %

En résumé il faut retenir de tous ces chiffres 2 faits principaux :

— le premier — c'est que plus de 32 % des Pneumothorax sont créés en sanatorium, donc de façon tardive. Il est généralement admis que plus on retarde la création d'un Pneumothorax, plus les chances de guérison diminuent ; tout le monde est à peu près d'accord pour dire que, sauf cas relativement rares, il importe de créer le Pneumothorax d'urgence.

— le second — que près de 28 % des Pneumothorax, au moins au début, sont ambulatoires, qu'ils soient créés au domicile des malades ou dans un Dispensaire.

Là encore les conditions ne semblent pas réunies pour obtenir un heureux résultat, la plupart de nos malades, assurés sociaux, n'habitant pas dans des conditions et n'ayant pas des habitudes de vie tellement hygnéniques que le Pneumothorax créé sans hospitalisation puisse être considéré comme une formule heureuse.

COMPLICATIONS DE LA COLLAPSOTHÉRAPIE.

Du point de vue de l'efficacité du traitement par collapsothérapie, nous avons pu faire les remarques suivantes :

a) Sur un total de 452 Pneumothorax, le collapsus n'a pu être obtenu pour 76 d'entre eux, soit 16,80 %. De ce fait le traitement a dû être abandonné après quelques tentatives infructueuses.

b) Tout en reconnaissant la valeur relative de nos constatations en ce qui concerne l'action du Pneumothorax, puisque la durée du traitement dans tous les cas étudiés varie entre 6 mois et 3 ans, durée insuffisante pour permettre de considérer les résultats déjà obtenus comme définitivement acquis, il nous a paru intéressant de noter la proportion élevée de complications survenues à l'occasion de la collapsothérapie.

Il est généralement admis que la période critique de la collapsothérapie comporte les 6 premiers mois

du traitement, ceux pendant lesquels le malade doit être suivi avec le plus de soin ; car c'est pendant ce temps que se produisent la majorité des complications.

Ces dernières sont survenues chez 136 malades, soit 34,50 % des cas.

La réaction liquidienne abondante, celle des complications la plus fréquente, et aussi souvent la plus précoce, s'est produite dans 68 cas.

Pour 22 malades cette réaction liquidienne s'est accompagnée d'une bilatéralisation des lésions et 11 sujets sont aujourd'hui décédés, les 11 autres étant au nombre de nos aggravés.

46 malades au contraire ont présenté une réaction liquidienne, plus ou moins importante, mais sans répercussion sur le côté opposé.

Un seulement est décédé et 16 ont vu leur état s'aggraver.

Pour ce qui est de la complication particulièrement grave de la collapsothérapie, — la bilatéralisation des lésions — nous la trouvons dans 38 cas.

25 sont survenus précocement dans les 6 mois qui suivirent la création du Pneumothorax. 12 de ces malades sont décédés.

13 bilatéralisations, au contraire, se sont produites tardivement, plus d'un an après la création du Pneumothorax. 3 malades sont décédés.

Les malades chez qui sont survenues ces bilatéralisations ont vu les insufflations de leur Pneumothorax abandonnées, sauf pour 6 d'entre eux pour lesquels

on put créer un Pneumothorax bilatéral. A la suite de ce traitement, 3 ont vu leur état s'améliorer, 3 s'aggraver.

En résumé il apparait que de nombreux malades auraient avantage à être traités précocement et d'une façon rationnelle, en particulier en ce qui concerne la la collapsothérapie. Car, si le pourcentage des complications reste encore assez élevé, la majorité des résultats favorables est indiscutable, et leur nombre serait encore augmenté par l'association systématique de la cure hygiéno-diététique sanatoriale à la collapsothérapie.

4° CHRYSOTHERAPIE

Du point de vue du traitement par les sels d'or, nous avons donc eu 215 malades traités par ce moyen, soit 12 % de nos invalides tuberculeux.

- 112 par le médecin traitant,
- 31 dans un dispensaire,
- 60 en sanatorium,
- 12 seulement à l'hôpital.

23 malades avaient des sels d'or en même temps qu'un traitement collapsothérapique.

11 furent abandonnés, dont 5 par le médecin traitant, 3 en sanatorium, 2 au dispensaire et 1 à l'hôpital, en raison de complications sérieuses.

Le délai d'application du traitement, après le diagnostic, est en moyenne de un mois après l'entrée au Sanatorium — 2 mois pour le medecin traitant et

le Dispensaire. Mais dans ces cas il y a des variations allant d'un délai pratiquement nul à un délai de plus d'un an.

Enfin, dans les cas d'hospitalisation, le traitement a été commencé presque toujours dès l'entrée du malade à l'hôpital.

Le pourcentage minime du traitement par les sels d'or nous paraît devoir trouver sa justification dans deux ordres de faits :

— Tout d'abord, les discussions nombreuses et parfois passionnées, et qui se poursuivent encore actuellement, n'ont pas contribué à rassurer les malades, et nombreux sont parmi eux qui refusent systématiquement de se laisser traiter par ce moyen.

— D'autre part, le prix élevé du traitement et sa longue durée qui le rend d'autant plus onéreux, en éloigne encore trop souvent les assurés sociaux.

LES PLACEMENTS EN SANATORIUM

Sur nos 1.731 invalides tuberculeux pulmonaires, 1.023 ont donc fait un séjour dans un établissement de cure.

Les placements ont été faits par 3 organismes différents :

- L'Assistance Publique,
- L'Office Public d'Hygiène Sociale,
- La Caisse Interdépartementale des Assurances sociales,
- rarement par le médecin traitant.

Il convient cependant de faire remarquer que la part du médecin traitant est importante.

Beaucoup de placements ont en effet été conseillés par lui, mais ont été pris en charge par une des collectivités citées ci-dessus, par suite de l'insuffisance des ressources des malades.

En définitive, et quel que soit l'organisme qui place, c'est la Caisse d'Assurances Sociales qui supporte la majeure partie des frais de séjour. Le service des Cures en effet, verse mensuellement pour 2 millions de francs de prestations dont une grande partie destinée au remboursement du prix de journée dans les établissements.

Les placements se répartissent ainsi :

- 351 par l'Assistance Publique.... soit 34,31 %
- 547 par l'Office public d'Hygiène sociale soit 53,47 %
- 103 par la Caisse interdépartementale des Assurances Sociales soit 10,06 %
- 22 directement par le médecin traitant soit 2,16 %

Le tableau 12 montre la répartition de ces placements en facteur de l'évolution des malades.

TABLEAU XII

Placements faits par :	Evolution des maladies			
	Reprise de travail	En cours de traitement		Décédés
		Améliorés	Aggravés	
A. P.	54	42	121	134
O. P. H. S.....	107	293	104	43
C. I. A. S.	14	50	27	12
Médecin traitant	3	15	1	3

Ces chiffres rendent compte de la doctrine des placements propres à chaque organisme.

L'Office public d'Hygiène sociale en effet a pour mission de placer surtout les malades paraissant curables, la prise en charge des autres incombant à l'Assistance Publique.

Nous avons recherché le temps moyen qu'avaient nécessité ces placements, après le diagnostic.

Nous avons pu établir le tableau suivant (*tableau 13*) :

<i>% des malades Sont placés par</i>	O.P.H.S.	A.P.	Caisse ou médecin traitant
Moins d'un mois.....	3%	—	16%
De 1 à 2 mois	15%	10%	70%
De 2 à 3 mois	25%	18%	7%
De 3 à 4 mois	30%	25%	4%
De 4 à 5 mois	16%	28%	2%
De 5 à 6 mois	5%	10%	—
Plus de 6 mois	6%	9%	—
<i>Après le diagnostic.</i>			

Ces chiffres montrent bien que les temps de placement sont trop longs.

En effet, 30 % seulement des malades sont placés dans les 3 premiers mois qui suivent le diagnostic, que ce soit par l'intermédiaire de l'Assistance Publique ou de l'Office public d'Hygiène sociale.

Le plus grand nombre de placements demande plus de 3 mois par l'Office public d'Hygiène sociale, plus de 4 mois par l'Assistance Publique.

Ceci à dire vrai s'explique mieux en ce qui concerne l'Assistance Publique, la plupart des malades étant à l'Hôpital avant de partir en sanatorium.

En ce qui concerne les placements par l'Office public d'Hygiène sociale, le malade reste le plus souvent

à domicile et a tout le temps de contaminer son entourage.

Les placements faits par la Caisse et le médecin traitant sont très rapides et demandent en général un mois. Cela tient à ce qu'en général le malade possède quelques ressources et peut payer lui-même le complément des frais de séjour.

Le tarif de responsabilité des Caisses porte en effet un plafond de *Fr*s 23,00 par jour et le prix de journée moyen en sanatorium public est de *Fr*s 30,00. Il y a donc de la part du malade un complément de séjour de *Fr*s 7,00 à assurer. Lorsque le malade a des ressources personnelles ou familiales suffisantes pour payer cette somme de *Fr*s 210 par mois, les placements peuvent être faits par le service des Cures dans un délai très rapide, puisque moins de 2 mois après le diagnostic, 86 % des malades placés par lui ont été admis en sanatorium.

Il en va tout autrement lorsque les malades sont obligés de demander ces malheureux *Fr*s 210 à l'Assistance médicale gratuite.

Il faut alors suivre la filière des dispensaires, procéder à de multiples enquêtes médicales, sociales et administratives avant de prononcer l'admission. Et cependant il y a des places dans les sanatoriums, et cependant il y a de nombreux malades cracheurs de bacilles qui attendent à Paris, dans des conditions de logement et de promiscuité les plus médiocres, le départ en sanatorium.

Pour remédier à cet état de choses, une seule solu-

tion possible : considérer le placement des tuberculeux comme un placement d'urgence. Une fois le malade admis on recherchera quelle est la collectivité responsable. L'Assistance publique n'agit pas autrement pour les blessés de la rue, et les admissions d'urgence. En un mot, le médical doit primer l'administratif.

Par ailleurs, il semble nécessaire de posséder dans la Seine un Centre unique de placement capable de mettre fin à cette confusion qui règne dans l'envoi des malades au sanatorium.

Les malheureux tuberculeux sont ballotés entre des organisations multiples, aux règlements et aux traditions différentes ; ils s'épuisent en des démarches incessantes, le temps passe et il est souvent bien tard lorsqu'ils peuvent bénéficier de la cure hygiéno-diététique sanatoriale.

Reconnaissons toutefois que des efforts très méritoires ont été faits pour remédier à cet état de choses. Durant ces derniers mois les modes de liaison en particulier de Caisses à Offices, ont été précisés et déjà si l'on faisait actuellement une nouvelle statistique, elle serait sans doute plus encourageante que le tableau que nous présentons dans ce travail.

Il y a cependant encore beaucoup à faire. Nul doute que la bonne volonté de tous, et une claire notion des difficultés à vaincre, ne permettent de progresser encore dans le sens du placement rapide des malades.

CONCLUSIONS

Le dépouillement des fiches médico-sociales des 2.000 premiers malades bénéficiaires de l'Assurance-invalidité, pris en charge au Service des Cures et Repos de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, nous a permis de mettre en valeur les faits principaux suivants :

I. — La Tuberculose est la cause la plus importante d'invalidité temporaire ou permanente.

En effet au moment où le Service des Cures de la Caisse interdépartementale prenait en charge 2.000 invalides, dont 1.731 étaient des tuberculeux pulmonaires et 1.524 des cracheurs de bacilles, les autres Services ne versaient des prestations, au titre « soins aux invalides », qu'à 957 malades.

II. — La comparaison des courbes d'âge des invalides tuberculeux et des invalides non tuberculeux montre que les trois quarts environ des premiers sont âgés de moins de 40 ans, alors que les invalides non tuberculeux ont pour la plupart, dépassé cet âge.

La Tuberculose est donc une cause essentielle d'invalidité, non seulement en quantité, mais encore en qualité, car elle frappe essentiellement les jeunes aux âges productifs de la vie.

III. — Le dépouillement de toutes ces fiches nous a confirmé l'importance des facteurs sociaux dans le développement de la Tuberculose. La surpopulation, les mauvaises conditions de logement et de travail sont autant de causes favorisantes, d'ailleurs très difficiles à mettre en valeur, et dont on peut dire qu'aucune d'entre elles ne doit être considérée comme jouant un rôle prépondérant.

IV. — L'étude des localisations de la Tuberculose montre que dans la Région parisienne tout au moins, l'appareil respiratoire est presque toujours atteint. Sur 2.000 fiches il s'agit en effet de Tuberculoses pleurales ou pulmonaires dans 89,90 % des cas, de Tuberculoses affectant les autres organes dans seulement 5,8 % des cas ; dans 4,3 % la nature tuberculeuse n'a pu être mise en évidence, ou il s'agissait d'un autre diagnostic.

V. — Le diagnostic de la Tuberculose dans la Région parisienne est fait en général d'une façon rapide. La collaboration du Médecin-traitant avec les Centres multiples de dépistage et de prévention (Dispensaires d'Hygiène Sociale, Centres de triage de l'Assistance publique) permet le plus souvent de faire

un diagnostic précis dans le deuxième mois qui suit l'apparition des signes cliniques.

VI. — Il n'en reste pas moins vrai qu'après un recul qui va de 14 mois à 3 ans et 8 mois après le début de la prise en charge par le Service des Cures, 56 % des tuberculeux pulmonaires présentent des formes étendues dont le pronostic, par conséquent, doit être considéré comme très réservé.

VII. — Aussi bien, quelle que soit l'étendue des lésions, et après ce même recul de 14 mois à 3 ans et 8 mois, sur 1.751 tuberculeux pulmonaires, 400 sont décédés, 1.049 sont encore en cours de traitement, 282, soit à peine 16 % ont repris leur travail, dont quelques-uns prématurément. On ne saurait donc trop souligner le piètre résultat obtenu, tant au point de vue médical que social.

En dépit des progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement de la Tuberculose, celle-ci apparaît toujours comme le fléau morbide le plus grave et le plus dangereux pour le malade et la Société.

VIII. — Beaucoup de nos tuberculeux ne sont pas soignés ; une vague thérapeutique symptomatique, un départ à la campagne ou un séjour à domicile, même dans les pires conditions d'hygiène, sont malheureusement très fréquents. Plus du tiers de nos malades sont dans ce cas.

IX. — Parmi les thérapeutiques spécifiques la col-lapsothérapie domine de beaucoup. Les Pneumothorax ont été pratiqués dans 26,11 % des cas, avec plus ou moins de succès. Ils ne sont pas toujours créés dans les conditions les plus favorables : 32 % des Pneumothorax sont créés en sanatorium, donc souvent d'une façon tardive, 28 % sont créés à domicile ou au Dispensaire, c'es-à-dire, en général, dans de mauvaises conditions d'installation et d'hygiène. Et cependant il semble accepté actuellement par tous que le Pneumothorax doit être créé rapidement et qu'il doit avoir pour complément indispensable la cure hygiéno-diététique.

X. — La chirurgie pulmonaire est exceptionnelle : 6 thoracoplasties sur 1.751 tuberculeux pulmonaires, 53 phrénicectomies, 14 sections de brides. Le traitement par Sels d'Or n'a été employé que dans 12 % des cas, le plus souvent par le Médecin-praticien.

XI. — Sur 1.751 tuberculeux pulmonaires 185 seulement sont passés par l'Hôpital. Par contre 1.023 ont fait un séjour plus ou moins bref en sanatorium.

Mais ces placements en sanatorium ont été réalisés dans un temps beaucoup trop long. Ce n'est en moyenne que 3 à 4 mois après l'établissement du diagnostic que les malades peuvent partir en sanatorium.

S'il reste admis que la base thérapeutique essen-

tielle de la Tuberculose est la cure sanatoriale, il importe donc de réaliser des placements d'urgence, et pour cela réformer les méthodes administratives qui président à l'envoi des malades.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMSLER. — La trop longue attente des départs en Sanatorium (*Vers l'Avenir*, 1^{er} novembre 1934).
- AMSLER et FÉVRIER. — Diminution de la mortalité tuberculeuse par l'action prophylactique des dispensaires. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 4, 1929).
- ARBOGAST. — Conseils pratiques donnés aux malades des Sanatoria populaires (*Institut d'Assurances Sociales de Strasbourg*).
- J. ARNAUD (Médecin-Directeur du Sanatorium « Grand Hôtel du Mont-Blanc). L'Avenir des Tuberculeux. (*Presse Médicale* du 12 octobre 1935).
- AURIACOMBE. — Réadaptation du tuberculeux au travail et assistance post-sanatoriale (*Thèse de Paris*, 1933).
- BAILLET. — Le rôle éducatif du dispensaire (*Bulletin de la Société des Médecins de Dispensaires*. Seine 1927).
- Etienne BERNARD et DREYFUS-SEE. — Lenteurs et difficultés des placements en stations de cure des tuberculeux adultes et enfants (*Revue de la Tuberculose*, juillet 1936).
- Léon BERNARD. — La Tuberculose pulmonaire. Etude de Phtisiologie clinique et sociale. (Masson, éditeur, 1 volume).
- La valeur des mesures de prophylaxie sociale antituberculeuse. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 1, 1925).

- La lutte contre la Tuberculose : les méfaits de la cure libre et de la cure individuelle surveillée (*Bulletin ouvrier des Assurances Sociales*, avril 1934).
- LÉON BERNARD, BARON et VALTIS. — Statistique du Pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, N° 1, 1925).
- A. BEZANÇON. — La loi sur les Assurances Sociales et les Dispensaires d'Hygiène Sociale (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, N°1, 1928).
- FERNAND BEZANÇON. — L'orientation nouvelle de la lutte anti-tuberculeuse créée par la généralisation des méthodes de collapsothérapie (*Communication à l'Académie de Médecine*, du 13 avril 1930).
- La notion de contagion de la Tuberculose (*Mouvement Sanitaire*, N°132, avril 1935, p. 183).
- Quelles indications peut-on tirer de la mortalité par tuberculose et plus spécialement de la morbidité tuberculeuse pour la formule de la lutte contre la maladie (*Rapport présenté à la xxvi^e Assemblée générale de l'Association Suisse contre la Tuberculose*, à Olten, le 25 novembre 1934).
- BIRAUD. — La mortalité tuberculeuse et son évolution ; aperçu géographique et épidémiologique (*Revue de la Tuberculose*, N° 2, 1930).
- BRISAUD. — L'Assistance post-sanatoriale (*Marseille-Médical*, N° 15, 1928).
- BROUKHORST et SERRAENS (d'Utrecht). — Assistance aux tuberculeux après le Sanatorium (*Bulletin International d'Hygiène publique*, N° 7, 1924).
- CHABRUT. — Les résultats du traitement de la Tuberculose Pulmonaire (*Thèse de Paris*, 1926).

EBER. — Le traitement de la Tuberculose Pulmonaire par le Pneumothorax dans le cadre du code sur les Assurances Sociales d'Alsace-Lorraine (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, N° 6, 1925).

FISCHER. — Au sortir du sanatorium ; la réadaptation sociale du tuberculeux constitue un problème délicat (*Concours médical*, 14 juillet 1935).

J. GODARD. — Assurances Sociales et lutte anti-tuberculeuse (*Thèse de Paris*, 1930).

— Les Caisses d'Assurances Sociales et la lutte contre la Tuberculose (*Bulletin de Documentation de l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la Région parisienne*, Seine 1935).

— La cure individuelle surveillée des Tuberculeux (*Revue de Phtisiologie*, tome XV, n° 3, mai-juin 1934).

GUINARD. — Principaux éléments de lutte contre la tuberculose : Dispensaires et Sanatoriums. (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums*, juillet 1934).

GUYOT. — La tuberculose (*Bulletin ouvrier des Assurances sociales*, octobre-novembre 1934, pages 152-159).

HAZEMANN. — L'étude des courbes de mortalité par tuberculose, selon l'âge et le sexe (*Paris médical*, n° 1, 7 janvier 1933).

— La cure libre de la tuberculose provoque-t-elle une surmortalité apparente des jeunes adultes à la campagne ? (*Mouvement Sanitaire*, janvier 1933).

— La post-cure des tuberculeux et les collaborations mises en œuvre (*Mouvement Sanitaire*, février 1934).

- L'inégale répartition et l'inégal déclin de la mortalité tuberculeuse à Paris posent d'intéressants problèmes (*Revue médicale française, Bulletin* n° 3, mars 1935).
- L. HERSCH. — Pauvreté et mortalité selon les principales causes de décès d'après les statistiques de la Ville de Paris. (*Comitato italiano per lo studio dei problemi della popolazione. Istituto poligrafico dello stato* (en français), Rome, 1932).
- MOINE. — Actualité démographique dans la région parisienne (*Revue d'hygiène*, janvier 1931).
- NAVEAU. — Les résultats du Pneumothorax thérapeutique. Etude statistique du Service du Dr RIST (*Thèse de Paris*, 1924).
- NICOLAS. — Considérations sur l'adaptation au travail des Tuberculeux pulmonaires (*Thèse de Lyon*, 1933).
- G. POIX et A. BOSNIÈRES. — Le Pneumothorax thérapeutique en cure libre chez les Tuberculeux (*Travail de la Clinique de la Tuberculose à l'Hôpital Laënnec, Presse médicale*, n° 90, 8 nov. 1930).
- RIST. — La Tuberculose (Armand Colin, 1927).
- RIST et HIRSCHBERG. — Etude statistique sur l'efficacité du Pneumothorax artificiel dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire (*Paris Médical*, 7 janvier 1928).
- HENRI SELIER. — Rapport sur le fonctionnement de l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine. (*Bulletin Municipal Officiel*, Paris, du jeudi 10 janvier 1935).
- SALLE. — L'Avenir social des Tuberculeux. (*Thèse de Bordeaux*, 1934).

SERGEANT. — La cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la Tuberculose pulmonaire (*Presse Médicale*, 3 juin 1933).

TROTOT (Médecin-Directeur du Sanatorium « Annie-Enia », à Cambo-les-Bains). — Suggestions sur la lutte anti-tuberculeuse sociale (*Vie Médicale*, n° 21, 10 novembre 1935).

JESSAMINE S. WITNEY. — Facts and Figures about Tuberculosis (*National Tuberculosis Association*, February, 1931).

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Importance de la Tuberculose dans l'assurance-inva- lidité	17
Quelques considérations sur les facteurs sociaux de la Tuberculose	23
Situation de famille	23
Domicile.	25
Logement	28
Origine	31
Professions	33
Antécédents familiaux	33
Diagnostics	35
Evolution	41
Les traitements	51
Cure hygiéno-diététique	51
Thérapeutique spécifique	53
Pneumothorax	55
Chrysothérapie	59
Les placements en sanatorium	61
Conclusions	67
Bibliographie	73

TABLE DES MATIÈRES

11	Introduction
17	Importance de la Théorie des Essais
23	Quelques observations sur les Essais
25	La Théorie
27	Situation
29	Théorie
31	Les Essais
33	Chaque
35	Théorie
37	Théorie
39	Théorie
41	Théorie
43	Théorie
45	Théorie
47	Théorie
49	Théorie
51	Théorie
53	Théorie
55	Théorie
57	Théorie
59	Théorie
61	Théorie
63	Théorie
65	Théorie
67	Théorie
69	Théorie
71	Théorie
73	Théorie
75	Théorie
77	Théorie
79	Théorie
81	Théorie
83	Théorie
85	Théorie
87	Théorie
89	Théorie
91	Théorie
93	Théorie
95	Théorie
97	Théorie
99	Théorie
101	Théorie
103	Théorie
105	Théorie
107	Théorie
109	Théorie
111	Théorie
113	Théorie
115	Théorie
117	Théorie
119	Théorie
121	Théorie
123	Théorie
125	Théorie
127	Théorie
129	Théorie
131	Théorie
133	Théorie
135	Théorie
137	Théorie
139	Théorie
141	Théorie
143	Théorie
145	Théorie
147	Théorie
149	Théorie
151	Théorie
153	Théorie
155	Théorie
157	Théorie
159	Théorie
161	Théorie
163	Théorie
165	Théorie
167	Théorie
169	Théorie
171	Théorie
173	Théorie
175	Théorie
177	Théorie
179	Théorie
181	Théorie
183	Théorie
185	Théorie
187	Théorie
189	Théorie
191	Théorie
193	Théorie
195	Théorie
197	Théorie
199	Théorie
201	Théorie
203	Théorie
205	Théorie
207	Théorie
209	Théorie
211	Théorie
213	Théorie
215	Théorie
217	Théorie
219	Théorie
221	Théorie
223	Théorie
225	Théorie
227	Théorie
229	Théorie
231	Théorie
233	Théorie
235	Théorie
237	Théorie
239	Théorie
241	Théorie
243	Théorie
245	Théorie
247	Théorie
249	Théorie
251	Théorie
253	Théorie
255	Théorie
257	Théorie
259	Théorie
261	Théorie
263	Théorie
265	Théorie
267	Théorie
269	Théorie
271	Théorie
273	Théorie
275	Théorie
277	Théorie
279	Théorie
281	Théorie
283	Théorie
285	Théorie
287	Théorie
289	Théorie
291	Théorie
293	Théorie
295	Théorie
297	Théorie
299	Théorie
301	Théorie
303	Théorie
305	Théorie
307	Théorie
309	Théorie
311	Théorie
313	Théorie
315	Théorie
317	Théorie
319	Théorie
321	Théorie
323	Théorie
325	Théorie
327	Théorie
329	Théorie
331	Théorie
333	Théorie
335	Théorie
337	Théorie
339	Théorie
341	Théorie
343	Théorie
345	Théorie
347	Théorie
349	Théorie
351	Théorie
353	Théorie
355	Théorie
357	Théorie
359	Théorie
361	Théorie
363	Théorie
365	Théorie
367	Théorie
369	Théorie
371	Théorie
373	Théorie
375	Théorie
377	Théorie
379	Théorie
381	Théorie
383	Théorie
385	Théorie
387	Théorie
389	Théorie
391	Théorie
393	Théorie
395	Théorie
397	Théorie
399	Théorie
401	Théorie
403	Théorie
405	Théorie
407	Théorie
409	Théorie
411	Théorie
413	Théorie
415	Théorie
417	Théorie
419	Théorie
421	Théorie
423	Théorie
425	Théorie
427	Théorie
429	Théorie
431	Théorie
433	Théorie
435	Théorie
437	Théorie
439	Théorie
441	Théorie
443	Théorie
445	Théorie
447	Théorie
449	Théorie
451	Théorie
453	Théorie
455	Théorie
457	Théorie
459	Théorie
461	Théorie
463	Théorie
465	Théorie
467	Théorie
469	Théorie
471	Théorie
473	Théorie
475	Théorie
477	Théorie
479	Théorie
481	Théorie
483	Théorie
485	Théorie
487	Théorie
489	Théorie
491	Théorie
493	Théorie
495	Théorie
497	Théorie
499	Théorie
501	Théorie
503	Théorie
505	Théorie
507	Théorie
509	Théorie
511	Théorie
513	Théorie
515	Théorie
517	Théorie
519	Théorie
521	Théorie
523	Théorie
525	Théorie
527	Théorie
529	Théorie
531	Théorie
533	Théorie
535	Théorie
537	Théorie
539	Théorie
541	Théorie
543	Théorie
545	Théorie
547	Théorie
549	Théorie
551	Théorie
553	Théorie
555	Théorie
557	Théorie
559	Théorie
561	Théorie
563	Théorie
565	Théorie
567	Théorie
569	Théorie
571	Théorie
573	Théorie
575	Théorie
577	Théorie
579	Théorie
581	Théorie
583	Théorie
585	Théorie
587	Théorie
589	Théorie
591	Théorie
593	Théorie
595	Théorie
597	Théorie
599	Théorie
601	Théorie
603	Théorie
605	Théorie
607	Théorie
609	Théorie
611	Théorie
613	Théorie
615	Théorie
617	Théorie
619	Théorie
621	Théorie
623	Théorie
625	Théorie
627	Théorie
629	Théorie
631	Théorie
633	Théorie
635	Théorie
637	Théorie
639	Théorie
641	Théorie
643	Théorie
645	Théorie
647	Théorie
649	Théorie
651	Théorie
653	Théorie
655	Théorie
657	Théorie
659	Théorie
661	Théorie
663	Théorie
665	Théorie
667	Théorie
669	Théorie
671	Théorie
673	Théorie
675	Théorie
677	Théorie
679	Théorie
681	Théorie
683	Théorie
685	Théorie
687	Théorie
689	Théorie
691	Théorie
693	Théorie
695	Théorie
697	Théorie
699	Théorie
701	Théorie
703	Théorie
705	Théorie
707	Théorie
709	Théorie
711	Théorie
713	Théorie
715	Théorie
717	Théorie
719	Théorie
721	Théorie
723	Théorie
725	Théorie
727	Théorie
729	Théorie
731	Théorie
733	Théorie
735	Théorie
737	Théorie
739	Théorie
741	Théorie
743	Théorie
745	Théorie
747	Théorie
749	Théorie
751	Théorie
753	Théorie
755	Théorie
757	Théorie
759	Théorie
761	Théorie
763	Théorie
765	Théorie
767	Théorie
769	Théorie
771	Théorie
773	Théorie
775	Théorie
777	Théorie
779	Théorie
781	Théorie
783	Théorie
785	Théorie
787	Théorie
789	Théorie
791	Théorie
793	Théorie
795	Théorie
797	Théorie
799	Théorie
801	Théorie
803	Théorie
805	Théorie
807	Théorie
809	Théorie
811	Théorie
813	Théorie
815	Théorie
817	Théorie
819	Théorie
821	Théorie
823	Théorie
825	Théorie
827	Théorie
829	Théorie
831	Théorie
833	Théorie
835	Théorie
837	Théorie
839	Théorie
841	Théorie
843	Théorie
845	Théorie
847	Théorie
849	Théorie
851	Théorie
853	Théorie
855	Théorie
857	Théorie
859	Théorie
861	Théorie
863	Théorie
865	Théorie
867	Théorie
869	Théorie
871	Théorie
873	Théorie
875	Théorie
877	Théorie
879	Théorie
881	Théorie
883	Théorie
885	Théorie
887	Théorie
889	Théorie
891	Théorie
893	Théorie
895	Théorie
897	Théorie
899	Théorie
901	Théorie
903	Théorie
905	Théorie
907	Théorie
909	Théorie
911	Théorie
913	Théorie
915	Théorie
917	Théorie
919	Théorie
921	Théorie
923	Théorie
925	Théorie
927	Théorie
929	Théorie
931	Théorie
933	Théorie
935	Théorie
937	Théorie
939	Théorie
941	Théorie
943	Théorie
945	Théorie
947	Théorie
949	Théorie
951	Théorie
953	Théorie
955	Théorie
957	Théorie
959	Théorie
961	Théorie
963	Théorie
965	Théorie
967	Théorie
969	Théorie
971	Théorie
973	Théorie
975	Théorie
977	Théorie
979	Théorie
981	Théorie
983	Théorie
985	Théorie
987	Théorie
989	Théorie
991	Théorie
993	Théorie
995	Théorie
997	Théorie
999	Théorie